



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Administração

Curso de Especialização (*Lato Sensu*) em Gestão Pública Municipal

DENISE GABRIELA DIAS

**GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DA SAÚDE: uma análise do
cumprimento dos índices constitucionais de aplicação de recursos
no município de Jaraguá, Anápolis e Goiânia no período entre
2010 e 2017**

Brasília – DF

2019

DENISE GABRIELA DIAS

GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DA SAÚDE: uma análise do cumprimento dos índices constitucionais de aplicação de recursos no município de Jaraguá, Anápolis e Goiânia no período entre 2010 e 2017

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do certificado de especialista (*lato sensu*) em Gestão Pública Municipal.

Professora Orientadora: Esp. Anadélia Teles de Castro

Brasília – DF

2019

Dias, Denise Gabriela.

Gestão Pública Municipal da Saúde: uma análise do cumprimento dos índices constitucionais de aplicação de recursos no município de Jaraguá, Anápolis e Goiânia no período entre 2010 e 2017/ Denise Gabriela Dias. – Brasília, 2019.

37f. : il.

Monografia (*Lato Sensu*) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2019.

Orientadora: Prof. Esp. Anadélia Teles de Castro, Departamento de Administração.

1. Gestão Pública Municipal. 2. Aplicação em Saúde. 3. Índice Constitucional. I. Título.

DENISE GABRIELA DIAS

GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DA SAÚDE: uma análise do cumprimento dos índices constitucionais de aplicação de recursos nos municípios de Jaraguá, Anápolis e Goiânia no período entre 2010 e 2017

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade de Brasília da aluna

Denise Gabriela Dias

Esp. Anadélia Teles de Castro
Professor-Orientador

MsC. Paulo José Góes Daltro
Professor-Examinador

Brasília, 27 de abril de 2019.

Dedico este trabalho aos meus pais, Miguel e Isabel, e ao meu irmão, Daniel, que mesmo sem compreender minhas escolhas ou entender meus anseios, sempre são meus maiores companheiros, apoiadores e incentivadores. Dedico aos meus avôs: Antônio e Jesuína *in memoriam*, e João Gabriel e Antônia, que adoçam a minha vida e sempre serão os melhores professores da minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todas as bênçãos e graças recebidas e por permitir que eu concluísse mais este projeto. Agradeço aos meus pais, por me apoiarem. Agradeço, de maneira muito especial, à Daniele Cardoso, minha amiga e afilhada, grande companheira nessa caminhada, refúgio para desabafos e suporte para continuação. Agradeço à Universidade de Brasília e ao Pólo Anápolis, por mesmo diante de todas as dificuldades terem ofertado um curso de qualidade. Agradeço à minha orientadora Anadélia, por toda paciência e dedicação que a atividade docente e à Marly, por ter nos auxiliado de diversas maneiras durante esse período de formação.

“O homem não é nada além daquilo que a educação faz dele”.

Inmanuel Kant

RESUMO

O papel do gestor público municipal compreende a administração dos recursos percebidos para a promoção do atendimento das necessidades populacionais, obedecendo aos princípios legais. Na área da saúde, formalizado no texto constitucional de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS prevê a responsabilidade de nível tripartite em relação ao financiamento e a própria gestão. Este estudo realiza uma investigação bibliográfica para uma breve compreensão dos princípios que envolvem o financiamento dessas ações e, por meio de um levantamento de dados junto ao Tribunal de Contas dos Municípios pretende comprovar se os municípios de Jaraguá, Anápolis e Goiânia cumpriram o percentual mínimo de aplicação exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Embora de portes populacionais diferentes, essa pesquisa permite concluir que os três municípios obedeceram a imposição legal de aplicar, no mínimo, 15% de suas receitas na área de saúde. Além disso, a análise dos dados coletados permite concluir que Anápolis destaca-se na evolução o índice aplicado, Goiânia apresenta uma oscilação significativa no período, retornando no último ano ao patamar inicial e Jaraguá mantém certa constância no volume destinado à saúde.

Palavras-chave: Gestão Pública Municipal. Aplicação em Saúde. Índice Constitucional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percentual de recursos aplicados na área de saúde pelos municípios de Jaraguá, Anápolis e Goiânia, entre os anos de 2010 e 2017.....	30
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Receitas e Despesas Totais do Município de Jaraguá entre os anos de 2000 a 2018.....	28
Tabela 2 - Receitas e Despesas Totais do Município de Anápolis entre os anos de 2000 a 2018.....	28
Tabela 3 - Receitas e Despesas Totais do Município de Goiânia entre os anos de 2000 a 2018.....	29
Tabela 2 – Aplicação de recursos na área de saúde em Jaraguá - GO:	29
Tabela 3 –Aplicaçãode recursos na área de saúde em Anápolis – GO.....	30
Tabela 4 - Aplicação de recursos na área de saúde em Goiânia – GO.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAPS – Centro de Assistência Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DFC – Declaração de Fluxo de Caixa
DMPL – Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FSESP – Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
LC – Lei Complementar
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MCASP – Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público
MS – Ministério da Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
RAG – Relatório Anual de Gestão
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Relatório Anual de Gestão

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público

SUS – Sistema Único de Saúde

TCM – Tribunal de Contas dos Municípios

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Contextualização	14
1.2	Formulação do problema	14
1.3	Objetivo Geral	15
1.4	Objetivos Específicos	15
1.5	Justificativa.....	15
2	REVISÃO TEÓRICA	16
2.1.	Gastos em Saúde.....	15
2.2.	A gestão municipal de Saúde.....	19
2.3.	A fiscalização dos recursos públicos aplicados na Saúde.....	20
2.4.	Transparência e responsabilização na gestão.....	22
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	26
3.1	Caracterização da organização, setor ou área <i>lôcus</i> do estudo	26
3.1.1.	O Fundo Municipal de Saúde de Jaraguá.....	25
3.1.2.	O Fundo Municipal de Saúde de Anápolis.....	26
3.1.3.	O Fundo Municipal de Saúde de Goiânia.....	27
3.2	Instrumentos de pesquisa e procedimentos de coleta e análise de dados	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	33
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A administração pública municipal compreende um processo contínuo de busca por maximização dos recursos limitados disponibilizados por meio de transferências ou da geração própria de receita através da arrecadação de impostos, para garantir o acesso e a prestação de serviços necessários à população. Entre esses direitos, encontra-se o direito fundamental à saúde, pressuposto para a própria existência humana e garantido aos brasileiros no texto da Constituição Federal como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Originado na mobilização social, consolidado na década de 80 pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e implantado a trinta anos, “o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 16). Estabeleceu-se que seu financiamento terá origem tripartite (federal, estadual, municipal) sendo de responsabilidade dos gestores municipais a efetivação da destinação correta dos recursos.

Visando evitar a ingerência dos recursos públicos e o não atendimento das necessidades populacionais, garantindo a disponibilização de recursos, foi promulgada a Lei Complementar 141/2012 que estabelece um índice mínimo de aplicação de recursos em saúde para cada ente federado. Nesse sentido, esta pesquisa procura identificar se os gestores dos fundos municipais de saúde de Jaraguá, Anápolis e Goiânia cumpriram tal índice constitucional, durante o período de 2010 a 2017.

1.1 Contextualização

Os gastos públicos impactam de maneira significativa o cenário econômico, seja em âmbito federal, estadual ou municipal. Estes gastos comportam as despesas oriundas da manutenção da máquina pública e os investimentos realizados para a prestação dos serviços necessários à comunidade.

Dentre os mais diversos desafios enfrentados pelos gestores públicos municipais, apresenta-se a execução da gestão de maneira coerente com as exigências legais pertinentes. Com a consolidação do Sistema Único de Saúde como centralizador das políticas públicas em saúde e com o estabelecimento legal de financiamento tripartite das ações de promoção, prevenção e tratamento, os municípios passaram a gerir os fundos municipais de saúde.

Essa gestão, por envolver recursos públicos, é submetida a diversas normativas e deve obedecer os mesmos princípios impostos pela contabilidade pública aos demais órgãos e entidades. Os municípios selecionados para a pesquisa, localizados no estado de Goiás, realizam a gestão do seu setor de saúde através do Fundo Municipal de Saúde que, embora não possuam personalidade jurídica detém autonomia financeira. Para continuar habilitado a receber os recursos que lhes são destinados, o município precisa aplicar, ao final de cada exercício financeiro, o percentual mínimo estabelecido constitucionalmente.

1.2 Formulação do problema

O cumprimento dos índices constitucionais de aplicação de recursos na área da saúde é uma prerrogativa para a manutenção da habilitação para percepção de recursos oriundos das transferências intragovernamentais para manutenção das ações e serviços. Além da suspensão dessas transferências, a ingerência dos recursos disponibilizados pode acarretar diversas outras punições que atingem não apenas o fundo mas o próprio gestor.

Obrigatoriamente de acesso público, as informações relativas a aplicação dos recursos públicos permitem tanto aos órgãos fiscalizadores quanto a população em geral observar se a prerrogativa legal tem sido atendida. Com essa compreensão preliminar, indaga-se: os gestores dos fundos municipais de saúde de Jaraguá, Anápolis e Goiânia cumpriram essa exigência entre os anos de 2010 e 2017?

1.3 Objetivo Geral

Identificar se os gestores do fundo municipal de saúde de Jaraguá, Anápolis e Goiânia cumpriram o índice constitucional de aplicação de recursos públicos na área de saúde, durante o período de 2010 a 2017.

1.4 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão teórica abordando os principais conceitos e princípios que envolvem a gestão municipal da saúde;
- Levantar os índices praticados pelos gestores dos fundos municipais de saúde de Jaraguá, Anápolis e Goiânia durante os anos de 2010 a 2017;
- Correlacionar os dados obtidos com as exigências legais impostas;

1.5 Justificativa

Considerando o importante papel do gestor público de otimizar o uso dos recursos disponíveis para maximizar a oferta de serviços à população e, simultaneamente, obedecer as normas legais pertinentes justifica-se a realização deste estudo que permitirá a avaliação do cumprimento de um princípio constitucional. O período selecionado não engloba o ano de 2018 pois os dados relativos ao mesmo não foram homologados dentro do período de realização da pesquisa.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1. Gastos em Saúde

A Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988, institui o conceito de seguridade social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Postula que a saúde é um direito universal de todos e que é dever do Estado a realização de ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, financiadas por toda a sociedade de maneira direta ou indireta.

No período precedente à Constituição, a atuação universalizada do Ministério da Saúde, apoiada por estados e municípios, concentrava-se nas áreas de promoção e prevenção, basicamente com a realização de campanhas de vacinação e controle de endemias. Destarte, as atividades de assistência em saúde eram desenvolvidas de forma segregada:

O MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 11).

Os trabalhadores formais urbanos e os trabalhadores rurais e seus dependentes recebiam atendimento ambulatorial e hospitalar através das instalações mantidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

No entanto, esse modelo de assistência entrou em crise na década de 70, tanto pela incapacidade de sustentação do financiamento por parte da Previdência Social tanto pela mobilização política dos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e de setores organizados da sociedade em relação à precarização do atendimento fornecido. Embora tenha sido alvo de algumas reformas na década de 80, a característica concentradora¹ da prestação

¹ Os repasses financeiros realizados pelo INAMPS nos estados, através de suas Superintendências Regionais, eram realizados de maneira proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente. Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho,

do serviço de saúde foi questionada no processo constituinte e a prestação do serviço de saúde brasileiro reorganizado, constituindo o SUS – Sistema Único de Saúde.

Além de incluir a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, o texto Constitucional definiu diretrizes específicas para o financiamento da Seguridade Social. A seguridade social engloba ações e iniciativas referentes aos direitos sociais: saúde, previdência e assistência social, que devem ser financiadas por toda a sociedade de forma direta e indireta, através de orçamento próprio das esferas federal, estadual, municipal, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Durante a primeira década posterior à sua criação, o Sistema Único de Saúde – SUS – sistema que concentra toda a assistência pública em saúde que é gerido pelo Ministério da Saúde - MS, passou e ainda passa por diversas etapas de implantação e consolidação para conseguir estabelecer a descentralização necessária.

A primeira regulamentação específica foi imposta pela Lei nº 8.080/90, que trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa normativa esclarece a responsabilidade tripartite das esferas governamentais em relação à promoção, proteção e recuperação da saúde, a gestão, a organização e o funcionamento do sistema, mas não especificava as origens dos recursos para o financiamento dessas ações.

Para sanar essa lacuna, foi publicada a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa norma institui a criação dos fundos para recebimento das transferências, regulares e automáticas, de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios, haja vista que a arrecadação, em sua maioria, é “centralizada e a prestação de serviços e ações de saúde municipalizadas” (GOULART, 1998, p. 111).

Durante toda a década de 90, o SUS foi palco de discussões e reformulações. Os intensos processos políticos interferiram nas etapas de consolidação de sua implantação, que significava a reorganização do financiamento público para a promoção de uma descentralização da gestão e do atendimento em saúde. A principal questão que se impunha

maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste em detrimento das regiões historicamente mais pobres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

era a definição de percentuais para a manutenção do sistema e a vinculação legal dos recursos, que embora já prevista no artigo 198² da Constituição Federal carecia de maiores definições.

“Os direitos à saúde estavam garantidos, mas o dinheiro para provê-los não. O SUS viveu, então, um período de incertezas, sem fontes estáveis de financiamento, agravadas pela profunda crise econômica do País, que se debatia com altos índices de inflação e baixa taxa de crescimento” (BRASIL, 2013, p. 42). Foram propostos diversos projetos de emendas parlamentares e adotadas diversas soluções provisórias, como a criação da CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, mas apenas em 2000 estabeleceu-se a obrigatoriedade da vinculação percentual dos aportes em termos constitucionais.

A Emenda 29/2000 promoveu alterações nos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. De maneira sintética:

- O artigo 34 incluiu a vinculação de percentuais mínimos para ações na área da Saúde;
- O artigo 35 autoriza a intervenção de Estado e União nos municípios em caso de não cumprimento dos percentuais estabelecidos;
- O artigo 156 traz alterações relativas ao Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU);
- O artigo 160 estabelece condições para as transferências constitucionais, vedando à União qualquer retenção/restrição dos recursos atribuídos ao sistema de saúde;
- O artigo 167 trata sobre a vinculação da receita de impostos para as ações e serviços públicos de saúde;

As alterações que foram realizadas no artigo 198 estabeleceram os percentuais mínimos e suas respectivas bases de cálculo para aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde por todas as instâncias governamentais. Definiu-se que os municípios, obrigatoriamente, deverão aplicar, no mínimo, 15%³ das receitas advindas da arrecadação de impostos previstos no artigo 156, bem como da repartição de receitas tributárias estabelecidas nos artigos 158 e 159, conforme estabelece os artigos 156, 158 e 159:

² § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

³Esse percentual foi implementado de forma gradual, conforme estabelece o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, artigo 77.

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

- I - propriedade predial e territorial urbana;
- II - transmissão inter vivos, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;
- III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar.

(...).

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

- I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;
- II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III;
- III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;
- IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

(...)

Art. 159. A União entregará:

- I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, 49% (quarenta e nove por cento), na seguinte forma:
 - a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;
 - b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;
- (...)
- d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano;
- e) 1% (um por cento) ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano;
- II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.
- III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, 29% (vinte e nove por cento) para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que se refere o inciso II, c, do referido parágrafo (BRASIL, 1988).

Essa vinculação dos recursos orçamentários representa “um avanço no campo das garantias materiais do direito à saúde” (BRASIL, 2013, p. 51). A regulamentação dessas alterações foi instituída através da Lei Complementar nº 141/2012, que implementou mecanismos para prestação de contas, através da apresentação de Relatórios de Gestão e autorizou o exercício da fiscalização prioritariamente pelos Conselhos de Saúde e, conjuntamente, pelos órgãos de auditoria do SUS, Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, prevendo julgamento e punição aos gestores em aspectos penais, civis e políticos.

2.2. A gestão municipal da Saúde

Uma das modificações inclusa a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS é o processo de municipalização das atividades de assistência à população, incluindo a descentralização da própria gestão. A administração municipal da área de saúde é realizada através da figura de um secretário (ou do próprio chefe do Executivo) e um gestor, que não necessariamente precisam ser indivíduos distintos, que gerem os recursos e são fiscalizados imediatamente pelo Conselho Municipal de Saúde.

Obrigatoriamente, um Fundo especial necessita de uma lei para sua criação, lei esta que especifique a origem dos recursos que o integrarão, seus objetivos e a destinação dos recursos. Os Fundos não tem personalidade jurídica própria conquanto possuem uma autonomia contábil, constituindo uma unidade orçamentária própria, com demonstrações que devem ser consolidadas de forma descentralizada a fim de permitir sua gestão e fiscalização.

Além das ações diretamente envolvidas com a prevenção e o cuidado das enfermidades nas áreas ambulatoriais e hospitalar, transferiu-se aos municípios a responsabilidade por “ações e serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, fiscalização de alimentos, controle sobre produtos tóxicos e medicamentos, além da integração entre as ações de saúde, saneamento, meio ambiente e promoção nutricional” (REIS, 2016, p. 08).

Para custear essas atividades, os municípios devem utilizar os recursos provenientes das transferências regulares e automáticas do Estado e da União e das receitas próprias. A gestão municipal destes recursos para a área de saúde é realizada através dos Fundos Municipais constituídos em conformidade com a legislação federal.

Os fundos especiais, como o de Saúde, são mecanismos “de gestão instituídos pelo Poder Público, constituindo-se uma exceção ao chamado princípio da unidade de tesouraria” que permite uma gestão segregada de recursos de natureza financeira e contábil do restante dos recursos do município (REIS, 2016, p. 6). Por ser uma unidade gestora do orçamento público, o Fundo deve estar inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Ministério da Fazenda com o código da natureza jurídica específico.

Os recursos federais são transferidos aos fundos municipais de saúde conforme critérios de rateio estabelecidos pela Lei 8.080/1990 e Lei 141/2012 que são: perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e espacial da região; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde existente; desempenho técnico, econômico e

financeiro do respectivo ano anterior, níveis de participação do setor nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

A última regulamentação publicada a cerca destas transferências data de 28 de dezembro de 2017, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992, condensou as transferências diretas para o setor de saúde em apenas dois grupos: bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde e bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde.

De maneira sintética, os municípios recebem transferências do Ministério da Saúde por duas modalidades: transferências fundo a fundo e convênios. Segundo publicação do próprio Ministério (2009, p. 25), para receber as transferências Fundo a Fundo, “o município deve fazer um Pacto de Gestão com seu Estado, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e homologar esse pacto junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)”. Já as transferências através de Convênios prevêm um regime de mútua cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e os municípios, utilizando recursos de dotações consignadas nos “Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social visando à execução de programa de governo”, obedecendo critérios técnicos.

Além dessas transferências específicas, os Municípios recebem aportes verticais intergovernamentais de recursos de nível federal e estadual, como o Fundo de Participação dos Municípios – FPM⁴, que devem obedecer o mesmo princípio constitucional de repartição.

2.3. A fiscalização dos recursos públicos aplicados na Saúde

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder” em todas as esferas governamentais (BRASIL, 1990).

Em qualquer nível, os Conselhos de Saúde tem por objetivos analisar a situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos e dos direitos de

⁴O FPM é um mecanismo constitucional de transferência de recursos que utiliza a arrecadação do IR – Imposto de Renda e do IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados, cujos critérios atualmente utilizados para o cálculo dos coeficientes de participação estão baseados na Lei n.º. 5.172/66 (Código Tributário Nacional) e no Decreto-Lei N.º 1.881/81. Do total de recursos 10% são destinados aos Municípios das capitais, 86,4% para os demais Municípios e 3,6% para o fundo de reserva a que fazem jus os Municípios com população superior a 142.633 habitantes (coeficiente de 3.8), excluídas as capitais.

cidadania, auxiliar na formulação e acompanhamento das diretrizes e estratégias de intervenções de promoção proteção e recuperação da Saúde da coletividade e avaliar a execução orçamentária e o cumprimento das metas estabelecidas no âmbito de responsabilidade e atribuições legais do Gestor (CNS, 2017).

A institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde representa a democratização do acesso às etapas de planejamento e fiscalização das ações em saúde exercida através da observação do cumprimento do Plano Municipal de Saúde (PMS) com as prioridades, diretrizes, objetivas e metas em consonância com os demais documentos obrigatórios para o planejamento da gestão municipal: Plano plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei de Orçamento Anual (LOA)⁵.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é a base das atividades e programações da secretaria municipal de saúde. Além de ser aprovado pelo conselho municipal de saúde e ser uma exigência legal², é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, por meio dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir sua missão. Assim, ele apresenta a orientação política sobre o que deverá ser feito na área da saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas (CONASEMS, 2016, p. 06).

O principal instrumento utilizado para essa avaliação é o Relatório Anual de Gestão (RAG), legalmente exigido e elaborado anualmente, contendo toda a prestação de contas referente a execução financeira da gestão e encaminhado ao Ministério da Saúde. Conforme estabelece a LC 141/2012, deve ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde no final do primeiro trimestre do ano subsequente ao Conselho que emitirá um parecer conclusivo sobre a sua execução orçamentária através do Sistema de Apoio à Elaboração de Relatório Anual de Gestão (SARGSUS).

No entanto, a atuação dos Conselhos, mesmo após quase três décadas de sua legalização, ainda é palco de questionamentos quanto a sua eficiência fiscalizadora. Alguns estudiosos apontam que as distorções na própria percepção dos conselheiros quanto a sua atuação, (que deve ter caráter deliberativo e não apenas informativo e consultivo), a interferência política dos representantes do setor público na elaboração de pautas e o conflito de interesses de prestadores de serviço que tornam-se conselheiros afetam a autonomia das análises realizadas no RAG (JORGE, VENTURA, 2012).

⁵PPA, LDO e LOA são instrumentos constitucionais (artigo 165) de planejamento e orçamento público. O PPA, com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. Cabe à LDO, anualmente, enunciar as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte. Já a LOA tem como principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2009).

Por ser uma unidade orçamentária autônoma com contas independentes, os fundos municipais de saúde possuem registros contábeis próprios, que demonstram a sua evolução patrimonial e financeira. As contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta devem ser consolidadas de forma segregada dos registros contábeis gerais do órgão máximo do executivo municipal (BRASIL, 2012).

Os relatórios⁶ são gerados conforme orienta o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP, p. 365) e exige a Lei 4.320/1964, objetivando fornecer ao gestor todas as informações necessárias sobre os resultados obtidos e “outros dados de natureza orçamentária, econômica, patrimonial e financeira das entidades, em apoio ao processo de tomada de decisão, à adequada prestação de contas, à transparência da gestão fiscal e à instrumentalização do controle social”.

Em suma, as ações realizadas pelos gestores dos fundos municipais de saúde são fiscalizadas diretamente pelos órgãos do poder legislativo, pelos conselhos municipais de saúde e pelo Ministério Público quanto ao cumprimento do previsto nos Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o cumprimento das aplicações mínimas constitucionais, alienação de ativos, o uso dos recursos realizados fundo a fundo e qualquer outra receita ingressante nas contas sob sua gestão.

2.4. Transparência e responsabilização na gestão

Além do Conselho Municipal de Saúde, as contas dos Fundos Municipais de Saúde são encaminhadas para apreciação da Câmara Legislativa municipal e aos Tribunais de Contas dos Municípios – TCM, exercendo o Controle Externo previsto constitucionalmente.

Art. 31. A fiscalização do Município será exercida pelo Poder Legislativo municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo municipal, na forma da lei.

§ 1º O controle externo da Câmara Municipal será exercido com o auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município ou dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios, onde houver (BRASIL, 1988).

A legislação estabelece que, quadrimestralmente, os gestores dos fundos deverão elaborar e apresentar em sessão pública no plenário, um relatório consolidado que apresente o

⁶As Normas Brasileiras de Contabilidade, a NBC T 16.6, exige as seguintes demonstrações: Balanço Orçamentário; b. Balanço Financeiro; c. Balanço Patrimonial; d. Demonstração das Variações Patrimoniais; e. Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC); e f. Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL).

resultado da execução orçamentária e financeira, detalhando os montantes e fontes dos recursos aplicados, a ocorrência ou não de auditorias na gestão e a situação da oferta e produção de serviços públicos em saúde, cotejados com os indicadores de saúde da população atendida.

Ao Tribunal de Contas dos Municípios deverão ser encaminhados pelos gestores, dentro do prazo de até quarenta e cinco dias após o término do respectivo mês, os balancetes mensais, conforme estabelece a alteração da Lei Orgânica do Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás gerada pela Lei estadual nº 16.467/2009.

O conceito de transparência foi integrado à gestão de finanças públicas de maneira formalizada através da promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF⁷) no ano 2000, baseando-se nos pilares do planejamento, transparência, controle e responsabilização. Com o objetivo de coibir o mau uso dos recursos públicos, como a aplicação do dinheiro público em prioridades imediatistas e práticas populistas, os gestores passam a ser obrigados a permitir a visualização detalhada de suas ações, tanto em relação a receitas e as despesas (CARDOSO et al, 2013).

Caso não haja o cumprimento do estabelecido por essa normativa, os gestores são imputados pelos artifícios previstos na Lei 1079/50 e pela denominada Lei de Crimes Fiscais, a Lei 10.028/2000 que prevêem desde a cassação de direitos políticos, a suspensão das transferências de recursos, a aplicação de multas até penas reclusivas.

Outras medidas legais relativas as ações dos gestores dos fundos municipais de saúde foram implantadas com a promulgação da Lei da Transparência e a Lei de Acesso à Informação. A dita Lei da Transparência, Lei Complementar 131/2009, foi criada com o intuito de promover a divulgação tempestiva de informações, em meio eletrônico, relativas a receita e despesas de toda e qualquer entidade pública, apresentando valores, números de processo, classificação orçamentária, o beneficiário e o bem/serviço prestado. Nesse mesmo íterim publicou-se a Lei de Acesso à Informação, Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011, autorizando o acesso de qualquer cidadão à qualquer documento relativo aos órgãos públicos, sem necessidade de apresentar justificativa (SISGOV, 2013).

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS atrelado a todo o arcabouço jurídico que vem sendo construído permite a realização de uma gestão dos recursos destinados à área de saúde mais estruturada, planejada e transparente. Além das questões normativas, a responsabilização solidária imputada aos gestores contribui para que os

⁷ Lei Complementar nº 101/2000.

objetivos previstos para o uso dos recursos sejam cumpridos e a qualidade dos serviços ofertados à população seja possível.

Além dos meios exigidos e já citados, um importante mecanismo para acompanhamento e controle da gestão dos recursos aplicados na área de saúde é o SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, institucionalizado pelo Ministério da Saúde através da publicação da Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1163, em 11 de outubro de 2000 e retificada em 2004 (DATASUS, 2019).

Esse sistema é alimentado com dados contábeis e informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. De preenchimento obrigatório, essas informações são transmitidas eletronicamente para o banco de dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS que elabora os indicadores necessários para monitoramento.

De natureza declaratória e de acesso público, foi instituído para “coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde”. Possibilita que os recursos aplicados sejam acompanhados e monitorados, em todos os âmbitos governamentais, “sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.).

Entre os benefícios e funcionalidades apontados com a adoção desse sistema, destacam-se:

- Propiciam insumos para a melhoria da gestão, diagnósticos do setor e formulação de políticas públicas;
- Municia a sociedade civil e os conselhos de saúde para o exercício do controle sobre a gestão pública, ao disponibilizar os dados à população.
- Disponibiliza a consulta sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde através da Internet;
- Facilita aos Conselhos de Saúde, a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor;
- Consolida as informações sobre gastos em saúde no país, proporcionando a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área.
- Ambiente Operacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.p.).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Segundo Gil (2008, p. 26), todo processo de pesquisa tem por objetivo “descobrir respostas para problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos”. Por pretender a geração de novos conhecimentos úteis mas sem aplicação prática imediata, a pesquisa que se desenvolve pode ser classificada como básica (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Para alcançar dos objetivos propostos, o método aplicado neste trabalho envolve principalmente a pesquisa descritiva que tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos, sem interferência na realidade ou nos processos envolvidos. Também utiliza-se pressupostos da pesquisa exploratória, considerando que esta procura realizar uma aproximação do tema e aumentar o conhecimento sobre o assunto (MARTINS, 1994).

Quanto à abordagem, a pesquisa é quantitativa com a apresentação de dados objetivos. Essa abordagem “influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros” e pode utilizar de recursos da linguagem matemática ou estatística para descrever algum fenômeno ou série de informações pesquisadas (FONSECA, 2002, p. 20 *apud* GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 33).

Além de pesquisa bibliográfica para compreensão teórica do assunto, realiza-se uma investigação documental através de levantamento dos dados e informações relativos ao montante de receitas percebidas pelo município de Jaraguá, Anápolis e Goiânia e as aplicações dos mesmos na área de saúde. Esses dados serão organizados em tabelas e gráficos e analisados a fim de demonstrar se os gestores cumpriram as exigências legais.

3.1. Caracterização da organização, setor ou área *locus* do estudo

3.1.1. O Fundo Municipal de Saúde de Jaraguá

O município de Jaraguá, localizado na região central do Estado de Goiás, atualmente com uma população estimada de 49.667 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), possui gestão plena no Sistema Único de Saúde através do

Fundo Municipal de Saúde, cujo cadastro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica foi realizado em 15 de outubro de 1993 (RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2019).

Localizado na região central da cidade, o Fundo Municipal de Saúde de Jaraguá – FMS possui como secretária a senhora Rúbia Rodrigues e como gestor o senhor Ernane Lino.

Quanto à estrutura de prestação de serviços de saúde oferecida a população através do Sistema Único de Saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2019), Jaraguá possui uma rede de atenção básica organizada com 11 equipes completas (médicas e odontológicas) de Saúde da Família, sendo 9 urbanas e 2 que atendem a zona rural, uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, um Centro de Saúde Bucal, um Ambulatório Municipal de Especialidades e uma Farmácia Municipal (PREFEITURA DE JARAGUÁ, 2019).

Além das equipes de trabalho próprio, para atender as demandas da população o Fundo possui serviços credenciados e pactuados (para realização de exames de análise clínica, exames de imagem e tratamentos diversos), através do sistema de regulação, conforme prevê a organização legal. O Conselho Municipal de Saúde de Jaraguá hoje é presidido pela Dr^a Aline Correia, reúne-se ordinariamente para deliberações e apreciações em períodos mensais.

A gestão contábil do Fundo Municipal de Saúde de Jaraguá é realizada, sob responsabilidade da empresa Egos Consultoria e Assessoria Ltda, em conjunto com a dos demais órgãos da Prefeitura Municipal de Saúde, embora, conforme exigido legalmente, seus relatórios são segregados e encaminhados através de ferramentas virtuais ao Tribunal de Contas dos Municípios e ao Ministério da Saúde.

3.1.2. O Fundo Municipal de Saúde de Anápolis

O município de Anápolis, localizado na mesma região possui uma população estimada de 381.970 habitantes, com uma estrutura composta por 35 Unidades de Saúde da Família, 04 unidades de pronto atendimento (UPA), 03 CAPS, Centro de reabilitação e fisioterapia, Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Especialidades Ilyon Fleury Jr e SAMU, além dos setores de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de zoonoses e centrais de regulação (PREFEITURA DE ANÁPOLIS, 2019).

3.1.3. O Fundo Municipal de Saúde de Goiânia

O município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, com uma população estimada para o ano de 2018 de 1.495.705 habitantes (IBGE, 2019). Sua estrutura de prestação de serviços em saúde pública é composta por 62 Unidades de Saúde da Família, 04 CEO's, 21 unidades de atendimento à saúde mental, 09 Centro de Atenção Integrada à Saúde (Cais), 04 Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária (Ciams), 07 Unidades de Saúde, 22 Centros de Saúde, 03 Centros de Referências e Especialidades, 04 Farmácias Municipais, 02 hospitais e maternidades, forante as unidades credenciadas (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2019).

3.2. Instrumentos de pesquisa e procedimentos de coleta e análise de dados

Os dados utilizados para a realização encontram-se disponíveis em bases de dados de acesso livre em meio eletrônico, principalmente no site do SIOPS, do Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, Instituto Mauro Borges, Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Jaraguá, Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Anápolis e Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Goiânia que, por se tratarem de dados relativos à gestão pública podem ser coletados para qualquer finalidade de uso, conforme princípio legal estabelecido pela Lei de Acesso à Informação.

Quanto aos procedimentos utilizados, a pesquisa é bibliográfica no que tange a “Fundamentação Teórica”, pois foi realizado um estudo para compreensão dos conceitos fundamentais envolvidos na pesquisa como o funcionamento legal dos fundos especiais e as implicações legais da aplicação dos recursos, conceitos estes disponibilizados em livros, periódicos científicos, legislação e manuais em meio eletrônico, primordialmente. Em relação aos dados que embasam a análise estatística, a pesquisa é documental, coletando informações disponibilizadas que são tratadas conforme o objetivo do estudo.

Quanto aos dados relativos a aplicação dos recursos (o montante de receita percebida e o valor aplicado na área de saúde pelo município no período selecionado – entre 2000 e 2017), foi realizada pesquisa de levantamento nas bases de dados anteriormente selecionadas. Os dados foram coletados e, utilizando princípios da estatística descritiva, foram dispostos em tabelas elaboradas no *Microsoft Office Excel®*, sendo utilizados para embasar a análise realizada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tabelas 01, 02 e 03 apresentam a evolução das receitas e despesas, considerando receitas arrecadadas e despesas empenhadas, totais dos municípios de Jaraguá, Anápolis e Goiânia no período entre 2010 e 2018, e a variação entre um ano e outro. Apresenta também a variação percebida, tanto das receitas quanto das despesas, em relação ao ano imediatamente anterior.

Tabela 01 . Receitas e Despesas Totais do Município de Jaraguá entre 2010 e 2018

ANO	RECEITA TOTAL	Variação	DESPESA TOTAL	Variação
2010	R\$ 54.246.000,00	-	R\$ 51.305.000,00	-
2011	R\$ 56.728.000,00	4,58%	R\$ 52.795.000,00	2,90%
2012	R\$ 65.387.000,00	15,26%	R\$ 63.049.000,00	19,42%
2013	R\$ 65.856.000,00	0,72%	R\$ 61.559.000,00	-2,36%
2014	R\$ 75.673.292,96	14,91%	R\$ 76.727.954,33	24,64%
2015	R\$ 75.734.605,30	0,08%	R\$ 76.342.770,86	-0,50%
2016	R\$ 87.633.845,30	15,71%	R\$ 84.452.211,57	10,62%
2017	R\$ 85.023.310,10	-2,98%	R\$ 83.509.681,31	-1,12%
2018	R\$ 94.250.088,90	10,85%	R\$ 94.590.924,36	13,27%

FONTE: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019; Instituto Mauro Borges, 2019.

Tabela 02 . Receitas e Despesas Totais do Município de Anápolis entre 2010 e 2018

ANO	RECEITA TOTAL	Variação	DESPESA TOTAL	Variação
2010	R\$ 498.995.000,00		R\$ 524.449.000,00	
2011	R\$ 616.778.000,00	24%	R\$ 603.502.000,00	15%
2012	R\$ 737.042.000,00	19%	R\$ 699.175.000,00	16%
2013	R\$ 786.503.000,00	7%	R\$ 760.387.000,00	9%
2014	R\$ 840.927.491,63	7%	R\$ 829.478.678,66	9%
2015	R\$ 900.054.967,89	7%	R\$ 902.555.730,43	9%
2016	R\$ 1.032.605.763,25	15%	R\$ 1.054.650.538,58	17%
2017	R\$ 1.012.944.379,87	-2%	R\$ 1.030.856.110,56	-2%
2018	R\$ 1.118.440.561,70	10%	R\$ 1.105.335.007,00	7%

FONTE: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019; Instituto Mauro Borges, 2019.

Tabela 03 . Receitas e Despesas Totais do Município de Goiânia entre 2010 e 2018

ANO	RECEITA TOTAL	Variação	DESPESA TOTAL	Variação
2010	R\$ 2.326.976.000,00	-	R\$ 2.294.861.000,00	-
2011	R\$ 2.648.626.000,00	14%	R\$ 2.609.359.000,00	14%
2012	R\$ 2.893.520.000,00	9%	R\$ 2.952.161.000,00	13%
2013	R\$ 3.029.913.000,00	5%	R\$ 3.363.695.000,00	14%
2014	R\$ 3.606.083.018,73	19%	R\$ 3.601.379.302,02	7%
2015	R\$ 1.892.495.412,32	-48%	R\$ 3.201.971.290,95	-11%
2016	R\$ 4.207.418.210,51	122%	R\$ 4.139.752.279,71	29%
2017	R\$ 4.286.308.094,71	2%	R\$ 4.184.020.447,67	1%
2018	R\$ 4.571.094.928,95	7%	R\$ 4.375.214.015,07	5%

FONTE: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019; Instituto Mauro Borges, 2019.

Em relação ao cumprimento do previsto na Emenda Constitucional nº 29 e da Lei nº 141/2012 sobre a aplicação mínima de recursos em saúde, foram coletados dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS e dados enviados pelo Departamento de Contabilidade Municipal ao Tribunal de Contas dos Municípios. A tabela 04 apresenta os índices de aplicação realizados pelo município de Jaraguá, conforme certidões de Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS.

Os dados pesquisados apontam que, no período entre 2010 e 2017, conforme tabela 04, o município de Jaraguá cumpriu a exigência constitucional, aplicando uma média de 15,77% da receita anual percebida na área da saúde. A maior destinação aconteceu no ano de 2014 (17,13%) e a menor, 15,24%, no ano de 2016. Monetariamente, no ano de 2017 foram aplicados R\$ 7.122.142,91 na área de saúde de Jaraguá, considerando despesas totais.

Tabela 04 . Aplicação de recursos na área de saúde em Jaraguá - GO

ANO	RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE
2010	15,91%
2011	16,08%
2012	15,28%
2013	15,32%
2014	17,13%
2015	15,96%
2016	15,24%
2017	15,25%

FONTE: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019

Ao analisar a aplicação realizada pelo município de Anápolis, conforme mostra a tabela 05 percebe-se que, além de cumprir o disposto legalmente, a média de recursos aplicados alcança o índice de 19,03% do montante total de receitas percebidas. O ano de 2016 foi o ano de maior aplicação, correspondendo à R\$ 215.504.822,79, enquanto o ano de 2014, o menor.

Tabela 05. Aplicação de recursos na área de saúde em Anápolis - GO

ANO	RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE
2010	18,22%
2011	17,79%
2012	18,01%
2013	18,94%
2014	15,88%
2015	19,49%
2016	20,87%
2017	23,04%

FONTE: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019

Na tabela 06 contemplam-se os dados relativos ao município de Goiânia, que no período de 2010 a 2017 destinou uma media de 20,79% de sua receita para a área de saúde. Apreende-se também que há uma retomada da tendência de crescimento nos últimos 04 anos estudados.

Tabela 06. Aplicação de recursos na área de saúde em Goiânia - GO

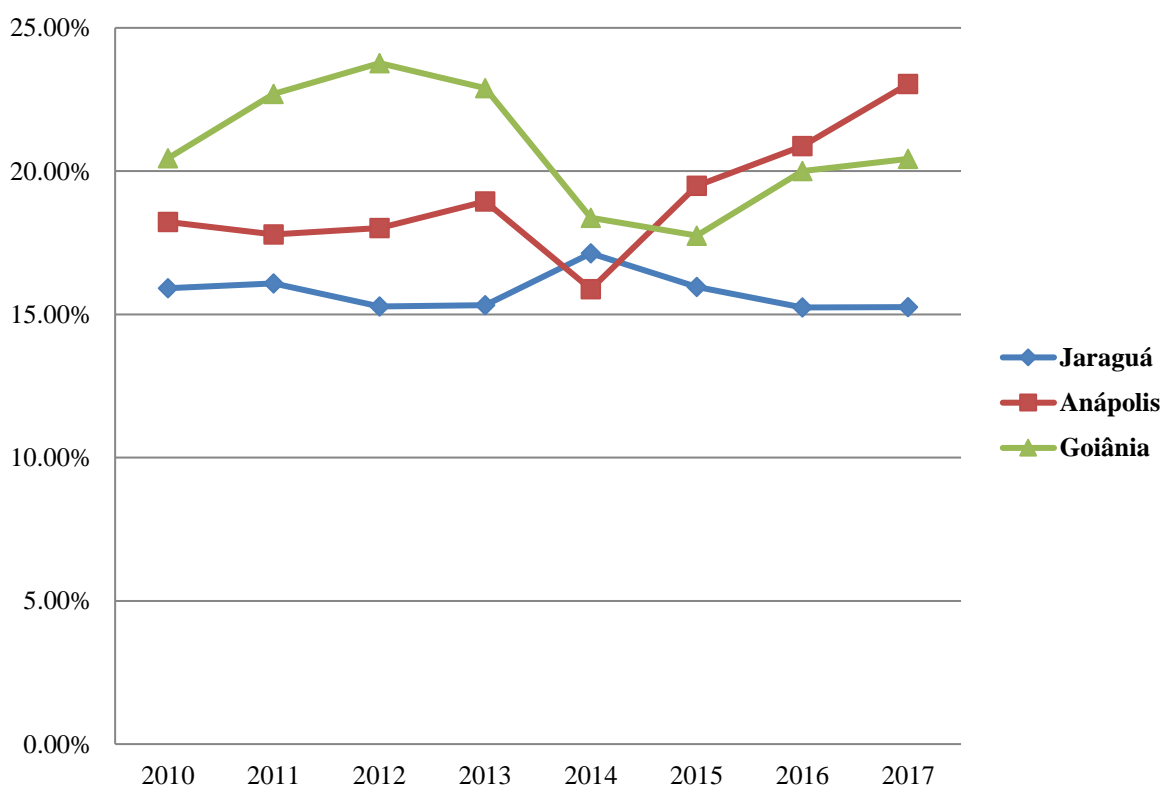
ANO	RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE
2010	20,45%
2011	22,69%
2012	23,77%
2013	22,90%
2014	18,37%
2015	17,75%
2016	20%
2017	20,43%

FONTE: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019

É interessante observar que há uma relação positiva entre o porte do município e o índice de investimento: o município de menor porte populacional, Jaraguá, teve o seu ápice de aplicação em 17,13%, enquanto o município de Anápolis 23,04% e Goiânia, 23,77%. O gráfico demonstrado na figura 1 permite visualizar que o ano de 2013 representa um marco onde a tendência de investimentos se inverte entre os municípios: enquanto os municípios de Jaraguá e Goiânia diminuem seus investimentos no ano de 2015, o município de Anápolis inicia uma trajetória crescente de aportes financeiros que se mantém nos anos subsequentes.

A gestão de Jaraguá com a exceção do ano de 2014, tem mantido praticamente constante o volume investido na saúde. O município de Goiânia teve uma grande oscilação nos investimentos, retomando em 2017 praticamente o mesmo patamar investido em 2010.

Figura 1. Percentual de recursos aplicados na área de saúde pelos municípios de Jaraguá, Anápolis e Goiânia entre os anos de 2010 e 2017



Fonte: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2019.

5. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A administração dos recursos e o gerenciamento das instituições públicas com o objetivo de satisfazer as necessidades da sociedade é a responsabilidade primordial dos gestores públicos. A saúde é um dos pilares fundamentais para manutenção da qualidade de vida, por isso a sua gestão demanda ainda mais comprometimento e responsabilidade dos envolvidos. Indo em encontro a essas duas realidades, compreende-se o processo constituinte que aglutinou as demandas sociais e culminou com a inclusão de preceitos quanto a garantia universal de acesso, a vinculação de recursos, a responsabilização dos gestores e o estabelecimento formal do Sistema Único de Saúde, a partir da promulgação da Constituição de 1988.

Com as constantes atualizações através de leis complementares e emendas, diversas obrigações legais se incluíram entre as condicionantes e limitantes da ação dos gestores. Em relação à gestão da saúde pública, o estabelecimento de uma base de financiamento tripartite e a determinação de um percentual mínimo de aplicação para cada esfera governamental representa um avanço em níveis legais e deve ser rigorosamente obedecido pois há a prerrogativa de se imputar não apenas o órgão mas também o próprio gestor.

O estudo realizado, que objetivava analisar se a prerrogativa constitucional está sendo cumprida, permite inferir que os municípios selecionados, Jaraguá, Anápolis e Goiânia, entre o período de 2010 a 2017, cumpriram o percentual exigido em relação à aplicação mínima de recursos na área de saúde, evitando a punição de gestores e a suspensão de transferências de recursos. Além de comprovar esse cumprimento, o levantamento dos índices aplicados neste período de 08 anos mostra a diferença entre as gestões, evidenciando tendências de maior ou menor destinação de recursos à área de saúde.

Embora de portes populacionais diferentes, o estudo foi realizado no mesmo período para os três municípios estudados, que pertencem ao mesmo estado, ou seja, considerando que as condições de repasses de recursos tenham sido as mesmas, o que promove essa diferença gera inquietudes que podem ser respondidas por futuras pesquisas: há uma relação entre porte populacional e necessidade de comprometimento de recursos para a área da saúde? A maior aplicação de recursos tem sido eficiente ao promover melhoria na qualidade dos serviços prestados?

Esta pesquisa demonstra que é vasto o campo de estudos relativos à análise da gestão pública municipal, pois a constatação de atendimento de um pressuposto legal não é suficiente

para afirmar que os recursos públicos estão sendo utilizados de maneira eficiente, sendo necessários novos estudos que tratem sobre a qualidade dos serviços ofertados e da composição deste gasto. Sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas que consigam correlacionar o volume aplicado e a destinação dentro dos serviços e ações de saúde a fim de compreender se a exigência constitucional de fato melhorou a qualidade de vida da população em relação a este aspecto fundamental, a saúde, ou se os gestores estão se empenhando apenas em cumprir os índices para evitar punições.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 1 ed. Brasília: CONASS; 2006. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/sus-avancos-e-desafios/>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:<>. Acesso em: 12 mar. 2019.

_____. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2002**. Brasília: Senado Federal; 2002.

_____. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**.

_____. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo; 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf >. Acesso em: 05 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_para_entender_controle_social.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Instrumentos de planejamento e orçamento**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/cidadao/entenda/cursopo/planejamento.html>>. Acesso em: 09 mar. 2019.

CARDOSO, A. R.; GOMIDE, T. R.; GOMIDE, C. S.; MARTINS, S. O impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a gestão municipal: um estudo de caso do município de São Miguel do Anta – MG. **Revista de Estudos Contábeis**, v. 4, n. 6, p. 58-77, 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rec/article/view/14371>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

CONASEMS. **Recomendações para o encerramento da gestão municipal na saúde**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp->

content/uploads/2016/06/jdownloads_Publicaes_livreto_encerramento_gestao.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **O que muda com o novo pacto.** Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/materias/materia02.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde.** Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). **Métodos de Pesquisa.** 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>>. Acesso em 30 mar. 2019.

INSTITUTO MAURO BORGES – IMB. **Estatísticas Municipais.** Disponível em: <http://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=219>. Acesso em: 15 fev. 2019.

JORGE, Marjore Seara; VENTURA, Carla Arena. Os conselhos municipais de saúde e a gestão participativa. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, V.11, n.1, p.106-115, jan/jun, 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9693/8058>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Manual para elaboração de Monografias 2 a . ed. São Paulo: Atlas. 1994.

PREFEITURA DE ANÁPOLIS. **Secretaria de Saúde.** Disponível em:<<http://www.anapolis.go.gov.br/portal/secretarias/saude/pagina/samu-192-regional-anapolis/>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/Lista_Completa.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

PREFEITURA DE JARAGUÁ. **Secretaria de Saúde.** Disponível em: <https://www.jaragua.go.gov.br/estrutura_organizacional?id=11>. Acesso em: 28 mar. 2019.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Comprovante de Inscrição e Situação Cadastral.** Disponível em:

<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp>
. Acesso em: 15 mar. 2019.

REIS, Heraldo da Costa. **Fundo municipal de saúde: diretrizes para implantação**. 4. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: IBAM, 2016. Disponível em: <http://www.ibam.org.br/media/arquivos/estudos/fundo_saude_novo_1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SISGOV. **O que é a lei de acesso a informação?** Disponível em: <http://sisgov.com/o-que-e-lei-de-acesso-informacao/>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DE GOIÁS – TCM – GO. **Certidões**. Disponível em: <<https://tcm.go.gov.br/certidao/index.jsf>>. Acesso em: 24 mar. 2019.